COMMUNAUTÉ de COMMUNES du PAYS de LIMOURS

Photo d'identité récente

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2023-2024

ÉTAT CIVIL DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

RESPONSABLE LEGAL 1 ☐ **:** ☐ **Père** ☐ **Mère** **Tuteur**

Nom : ..... Prénom : ..... Né-e le : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Profession: .....Tél. Travail : ..... Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : ..... Email : .....@.....

Situation de famille : **Célibataire - Marié(e) - Séparé(e) - Divorcé(e) - Veuf - Concubin - Pacsé(e)**

N° Sécurité Sociale (où figure l'enfant) : .....

N° Allocataire CAF: .....

RESPONSABLE LEGAL 2 : ☐ **Père** ☐ **Mère** ☐ **Tuteur**

Nom : ..... Prénom : ..... Né-e le : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Profession :.....Tél. Travail : ..... .Tél. Domicile : .....

Tél. Portable : ..... Email : .....@.....

SERVICE ENFANCE - JEUNESSE

2-4 rue du Mont Louvet – 91640 FONTENAY-LÈS-BRIIS - **Tél. : 01 64 90 73 82**

Email : centredeloisirs@cc-paysdelimours.fr **www.cc-paysdelimours.fr**

NOM : .... **PRÉNOM** : .... **CLASSE 2023/2024** : …………

Sexe : F - M - N/A **Né(e) le** : ………………………..… **à** : ……………………………………………

Lieu de scolarisation (École et ville) :……………………………………………………………………………..

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN AVEC LA FAMILLE

Personne à prévenir en cas d'urgence (autres que parents) :……………………………………………………

Nom du Médecin traitant : ………………………………… Tél : ………………………………………………….

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : traitement médical, maladie, crises, asthme,énurésie ...

....

....

PRATIQUES ALIMENTAIRES : ……………………………………………………………………………

- ...

Allergies connues *(Alimentaires ou médicamenteuses)* avec la copie du Protocole d'Accueil Individualisé :

....

....

L'enfant suit il un traitement médical pendant l'accueil ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et **les médicaments** correspondants ***(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice)*** en cas de P.A.I : **Copie du P.A.I signé à l'école.**

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES 2023/2024:

☐ **Mercredi journée** **OU** ☐ **Mercredi journée ACM ELEM Site de FORGES**

☐ **Journée Vacances Scolaires**

INSCRIPTIONS NAVETTES 2022/2023

☐ **BUS Matin - Limours** ☐ **BUS Soir - Limours**

☐ **BUS Matin - Gometz** ☐ **BUS Soir - Gometz**

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,.., responsable légal de l'enfant, nom et prénom de l'enfant : - . .

☐ Accepte que mon enfant soit photographié et donne autorisation à la CCPL d'utiliser les clichés pour sa communication (besoin du service enfance/jeunesse, site Internet CCPL, réseaux sociaux CCPL (Facebook, Twitter LinkedIn), newsletter CCPL, magazine CCPL, rapport d'activité CCPL, etc.)

☐ Autorise mon enfant, à participer à toutes les activités organisées par le service Enfance-Jeunesse, y compris les sorties,

☐ Autorise le directeur du centre et le médecin consulté, en cas d'accident, à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Je certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs en vigueur.

Date : - - - - - - - -

SIGNATURE du représentant légal
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)